FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet 1904, à 1 heure.

PAR

Auguste REULOS
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Orchite Rhumatismale

Président : M. LANDOUZY, *professeur*

Juges : MM. DEJERINE, *professeur*
LETULLE et DESGREZ, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15
—
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ORCHITE RHUMATISMALE

AVANT-PROPOS

Nous avons particulièrement à cœur, à la fin de nos études médicales, de remercier les maîtres dans les hôpitaux qui nous ont aidé de leurs conseils et dont l'enseignement fut par nous si hautement apprécié.

M. le Dr Auvray, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Caen, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, notre premier maître.

M. le Dr Barette, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Caen, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen.

M. le Dr Guillet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Caen.

M. Tillaux, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité.

M. Dupré, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, auquel nous offrons l'expression de notre affectueuse reconnaissance pour les encouragements et l'appui qu'il ne cessa de nous prodiguer dans le cours de nos études.

M. Maurice Auvray, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux,

M. Macaigne, médecin des hôpitaux.

M. Poirier, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, pour la bienveillance qu'il nous témoigna en maintes circonstances.

M. Maygrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur à la maternité de la Charité.

M. Landouzy, professeur de clinique médicale, médecin de l'hôpital Laënnec.

M. Josué, médecin des hôpitaux.

MM. Léon Bernard et Lortat Jacob, chefs de clinique de M. le professeur Landouzy.

M. Variot, médecin des hôpitaux, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Sébilleau, interne des hôpitaux.

Je prie M. Auclair, médecin des hôpitaux, d'agréer l'hommage de ce travail dont il est l'inspirateur, comme un témoignage de ma respectueuse affection.

Que M. le professeur Landouzy veuille bien accepter toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Les manifestations du rhumatisme sur les organes génitaux sont assez nombreuses si l'on en juge par le nombre des observations publiées.

Cependant, en étudiant avec attention ces observations, on s'aperçoit que la plupart des faits rapportés ne sauraient rentrer dans le cadre actuel des orchites rhumatismales et qu'un petit nombre de cas survit à l'examen.

Bientôt le bloc des orchites rhumatismales allait se trouver dissocié par suite de la constitution du groupe des orchites blennorrhagiques et des orchites ourliennes.

Plus tard les méthodes microbiennes permirent de ranger dans une catégorie spéciale les orchites survenant au cours des pseudo-rhumatismes infectieux.

Ces réserves étant faites, nous nous proposons dans ce travail de rapporter les observations antérieurement publiées, d'apprécier la valeur clinique de ces observations et d'ajouter aux cas peu nombreux jusqu'ici relatés une observation clinique d'orchite rhumatismale.

Le mémoire de Bouisson (1) peut être considéré comme le travail le plus important sur les orchites rhumatismales.

Les premières observations qui datent de 1845-1851 firent le sujet de leçons cliniques.

Déjà Bouisson prévient le clinicien des confusions possibles entre l'orchite rhumatismale et les maladies qui lui ressemblent, notamment l'orchite simple et les douleurs névralgiques du testicule, en même temps qu'il rattache au rhumatisme, des gonflements, des douleurs, des indurations partielles du testicule et de l'épididyme et certains épanchements de la tunique vaginale dont le rapport avec le rhumatisme avait été méconnu par ses précédesseurs. Bouisson, dans ses cliniques, rapporte quatre observations que nous allons résumer.

1. *Considérations cliniques sur l'orchite rhumatismale. Montpellier médical*, t. IV, 1860.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée).

Orchite rhumatismale consécutive à un lumbago.

M. N..., chef d'institution, âgé de 28 ans, d'une bonne constitution est atteint de douleurs lombaires rhumatismales.

Déjà au printemps de l'année 1845, il avait subit une atteinte sérieuse de rhumatismes qui l'avait forcé à rester au lit.

Ayant eu l'idée de se lever prématurément et de se livrer à un exercice pour provoquer la transpiration, il réussit à se débarrasser de son lumbago, mais à mesure que celui-ci disparaissait il reconnut que le testicule droit se gonflait, devenait douloureux.

Du soir au lendemain, malgré le repos de la nuit et la position horizontale, une tuméfaction aiguë envahit le testicule. L'exploration de l'urèthe ayant été négative, on pense, étant donné les antécédents sus-énoncés, à un rhumatisme du testicule. La cessation brusque du lumbago suivie de l'invasion rapide du testicule suffisant à montrer le lien entre les deux états.

A l'examen du testicule on remarque que le corps ainsi que l'épididyme sont simultanément tuméfiés.

La peau est rouge.

On constate un léger état gastrique accompagné de fièvre.

Le traitement se compose d'antiphlogistiques. On pose des sangsues, le premier jour le malade n'en retire aucun soulagement. Le lendemain le testicule n'était ni moins douloureux ni moins tuméfié. Léger épanchement dans la vaginale. Après l'application d'un vésicatoire sur la région lombaire primitivement atteinte le testicule revient rapidement à son état primitif et *sa résolution présente comme son apparition la forme et la rapidité d'une métastase.*

OBSERVATION II (Résumée).

Orchite consécutive à un rhumatisme articulaire.

G..., cultivateur, 51 ans, robuste, entre à l'hôpital Saint-Eloi vers la fin de décembre 1851.

Le malade qui n'a pas d'antécédents vénériens est sujet de par sa profession à des douleurs rhumatismales des lombes et des épaules droites principalement.

Atteint cette fois de rhumatisme des deux genoux, *il était en voie de guérison et s'alimentait depuis deux jours*, lorsque ayant commis une imprudence il se refroidit de nouveau. Quelques heures après il éprouva des frissons intenses et prolongés puis une douleur vive presque subite au testicule droit qui présente tous les caractères d'une orchite dont l'origine rhumatismale était évidente. Après une application de sangsues de sa propre

autorité le malade est soulagé, mais cinq jours après le testicule gauche est pris. Cette orchite ne cède ni aux sangsues ni aux narcotiques mais seulement à un vésicatoire appliqué sur le scrotum du côté atteint. Par la suite la guérison fut durable.

OBSERVATION III (Résumée).

Affection rhumatismale. Orchite de même nature. Mort brusque par rhumatisme intra-crânien avec épanchement séreux. Autopsie.

R... (J.-B.), soldat au 2e génie entre à l'hôpital Saint-Eloi, le 20 décembre 1859.

Ce malade présente des douleurs rhumatismales contractées dans le service sous l'influence de l'humidité. Le membre supérieur gauche surtout (l'épaule principalement) est atteint. Les douleurs du membre supérieur gauche disparurent subitement et ce fait coïncida avec l'apparition d'une violente orchite du côté gauche.

A dater du moment où le testicule fut envahi le membre supérieur devint parfaitement libre.

Cette invasion du testicule fut brusque, elle se traduisit par un gonflement général de la région avec rougeur de la peau, du scrotum, gonflement spécial de l'épididyme. Douleur circum-testiculaire avec irradiation dans le trajet du cordon et du plexus lombaire.

En outre léger état fébrile.

Les symptômes locaux avaient acquis une certaine intensité,

lorsque cinq jours après l'invasion testiculaire survint un amendement dans les symptômes locaux, tandis que l'on constatait des symptômes encéphaliques rapides.

La douleur et le gonflement du testicule avaient diminué en même temps que le cerveau était envahi par l'état fluxionnaire.

Quelque temps après le malade succombe.

Autopsie. — Epanchement séreux intra-crânien.

Du côté du testicule.

La peau du scrotum est décolorée, le dartos et le muscle crémaster du côté gauche sont notablement épaissis et infiltrés par de la sérosité mêlée de matières plastiques. La tunique vaginale paraît plus épaisse et offre des arborisations vasculaires très prononcées. Dans sa cavité on découvre une certaine quantité de sérosité de couleur citrine. Quelques traînées pseudo-membraneuses, peu épaisses et réduites à une disposition filamenteuse unissant lâchement le feuillet pariétal au feuillet viscéral ou testiculaire. Ces exsudations plastiques sont grisâtres et ne portent de traces manifestes de vascularisation qu'à leur point d'adhérence à la séreuse, — la face interne de celle-ci n'a subi qu'une augmentation médiocre — l'accroissement porte surtout sur l'épididyme dont le volume est au moins deux fois plus considérable que l'épididyme sain, une incision faite sur sa convexité le représente comme infiltré de produits inflammatoires, on y retrouve même des goutelettes de pus, mais disséminées et sans foyer spécial. Le cordon est empâté de sérosité épaisse, fibrino-albumineuse, à une faible distance de l'épididyme, il conserva la souplesse au delà, bien que le canal déférant semble néanmoins un peu dur.

L'examen spécial de l'albuginée démontre que cette membrane

est épaissie dans toute son étendue notamment au voisinage de l'épididyme. Les cloisons ou septa sont également épaissies.

Le corps d'Hygmore se distingue notamment par une consistance et un volume plus considérables. Nous avons complété l'examen de la région affectée par l'exploration microscopique du liquide recueilli sur la surface de section des tubes séminifères sans reconnaître autre chose que des cellules épithéliales. Il y avait absence de spermatozoïdes. L'examen du liquide jaune provenant de l'épididyme a permis de reconnaître des globules purulents.

Sur les trois observations que nous venons de rapporter deux au moins sont d'un intérêt et d'une valeur indiscutables. Chez nos deux malades l'urèthre est vierge de toute atteinte blennorrhagique. L'attaque survient au cours du rhumatisme, et la guérison est aussi rapide que l'invasion.

On peut considérer ces deux observations comme caractéristiques.

La seconde observation présente un autre intérêt, il s'agit d'une orchite à bascule, comme cela se passe fréquemment au cours des orchites d'origine blennorrhagique, ce fait ne retarde d'ailleurs en rien la guérison.

La troisième observation mérite un examen plus approfondi.

Un jeune soldat est atteint de rhumatisme articulaire. Au cours, de cette attaque, il voit ses douleurs rhumatismales, disparaître subitement au niveau des membres, en même temps qu'il constate l'apparition de douleurs, au niveau du testicule et de ses enveloppes.

Jusqu'ici tous les phénomènes relatés dans l'observation, rentrent dans le cadre des deux premières observations, mais

l'apparition soudaine des symptômes encéphaliques, suivie d'une mort rapide, jointe à l'examen nécropsique, viennent jeter le trouble dans l'esprit.

En effet, l'autopsie montre d'une part, un testicule, atteint d'orchite et non de vaginalité, mais surtout des lésions d'orchite avec tendance à la suppuration, d'autre part elle nous montre des lésions de méningite suppurée.

Nous sommes dès lors, autorisé à penser à une affection virulente autre que le rhumatisme qui est venu compliquer la marche des événements.

Ce dénouement inattendu n'a rien de commun avec la marche habituelle de la maladie que nous étudions. En effet le pronostic de cette affection n'est pas grave et toujours la guérison survient au bout de quelque temps. D'un autre côté la marche rapide de la maladie ne laisse pas le temps à l'inflammation de produire des lésions appréciables et l'on s'étonnera avec raison de rencontrer dans le cas présent des traces de suppuration du testicule. Il faut donc qu'un élément étranger au rhumatisme soit venu s'ajouter dans la circonstance, entraînant la mort du malade.

OBSERVATION IV (Résumée).

Hydropéricarde chez un rhumatisant guéri par le développement d'une hydrocèle. Traitement de l'hydrocèle par injection. iodée. Retour de l'hydropéricarde. Mort.

La quatrième et dernière observation rapportée par Bouisson et recueillie dans le service du professeur Golfin nous mon-

tre un homme qui, jadis atteint de rhumatisme, est porteur d'une hydrocèle.

Le chirurgien ponctionne la vaginale et consécutivement on voit apparaître des signes d'endocardite chronique, avec épanchement péricardique, que l'auteur attribue à une fluxion compensatrice sur le cœur, l'opération ayant détourné la maladie des organes génitaux. Si cette observation ne tend qu'à prouver la corrélation de l'hydrocèle avec des épanchements séreux dans d'autres points, elle est valable, car, il est admis que de semblables substitutions métastatiques sont possibles. Mais en l'espèce, la nature de l'hydrocèle n'est pas nettement établie et il semble que dans ce cas, suivant l'opinion de MM. Mollière et Augagneur ; il ne s'agit que d'une endocardite ancienne dont les symptômes s'accusent sous l'influence, d'un traumatisme, phénomène étudié par Verneuil.

Prenant comme point de départ ces observations, Bouisson étudie l'orchite rhumatismale dans ses diverses manifestations anatomiques et établit le type clinique de cette affection.

Tout d'abord il divise les orchites rhumatismales en orchites aiguës et orchites chroniques (au sujet de cette dernière division les auteurs compétents, nient actuellement l'existence, de cette forme chronique qui ressortit bien plus du groupe des scléroses du testicule).

Puis il définit les caractères cliniques du rhumatisme aigu du testicule de la façon suivante ;

Début rapide précédé ordinairement d'un rhumatisme dans une autre région, qui se déplace brusquement et se porte sur le testicule. Cette fluxion s'établit avec une rapidité étonnante, seule l'orchite blennorrhagique se montre avec cette soudaineté mais l'absence d'antécédents vénériens, la préexistence ou la

coexistence d'un rhumatisme suffisent à éclairer le diagnostic. Ordinairement on constate un léger état fébrile accompagné de céphalalgie et d'embarras gastrique.

En même temps que l'invasion du testicule, on constate un amendement des symptômes dans les articulations atteintes de rhumatisme. Ces faits constituent ce que l'on appelait : une métastase.

Il se peut qu'un rhumatisant atteint d'orchite d'un côté guérisse de cette orchite lorsque sans cause appréciable l'autre testicule devient douloureux et se gonfle. Nous sommes en présence d'une orchite à bascule.

Tantôt cette orchite est la dernière manifestation du rhumatisme, tantôt elle est le point de départ d'une nouvelle localisation. Nous ne trouvons dans la clinique de Bouisson aucune observation confirmant cette dernière allégation.

Quant à la durée de l'orchite rhumatismale, en général elle n'excède pas huit à dix jours. Rarement elle laisse des traces quoique on ait remarqué dans la suite quelquefois une induration de l'épididyme ou bien un épanchement dans la vaginale ce qui est exceptionnel ainsi que nous le verrons par la suite.

Après avoir établi le type clinique du rhumatisme du testicule. L'auteur en étudie les formes anatomiques. Pour lui à l'égal de la blennorrhagie le rhumatisme peut se localiser en des points différents ou plutôt il prédomine sur certaines parties de l'organe.

Tantôt c'est la membrane fibreuse du testicule, l'albuginée, qui subit particulièrement l'atteinte de la fluxion rhumatismale. Tantôt au contraire c'est la vaginale elle-même qui est atteinte dans ce cas, il y a formation de liquide dans cette tunique séreuse.

Nous ne nous arrêterons pas à l'étude de la péridi-dymite rhumatismale, l'existence de cette forme reposant tout entière sur l'autopsie de cette troisième observation dont nous avons contesté la valeur clinique.

Pour Bouisson la tunique fibreuse du testicule et de l'épididyme présente une prédisposition anatomique pour le rhumatisme, de même que le péricarde et la dure-mère. A l'heure actuelle nous disons que la prédisposition invoquée est surtout remarquable pour les séreuses, méninges, péricarde, séreuses articulaires, et cela de telle façon que l'on conçoit difficilement l'atteinte du testicule et de l'épididyme sans participation de la séreuse.

Quant au caractère de la douleur qu'il invoque comme caractéristique de cette forme, nous disons que la compression du parenchyme testiculaire enflammé et par suite augmenté de volume, par une membrane inextensible comme l'albuginée, suffirait à expliquer le caractère de ces douleurs indépendamment de l'inflammation de l'albuginée et de ses septa.

Nous arrivons enfin à l'étude de l'hydrocèle aiguë rhumatismale.

Cette forme coexisterait toujours avec la précédente, ce qui revient à dire que l'épanchement de liquide dans la vaginale accompagnerait toujours la fluxion rhumatismale du parenchyme. Il y aurait seulement prédominance de la fluxion sur la séreuse vaginale qui participe à la prédisposition rhumatismale au même titre que les autres séreuses.

De même que nous observons des péricardites au cours des manifestations cardiaques du rhumatisme, de même nous constatons de l'hydrocèle au cours des manifestations génitales du rhumatisme. Dans ce cas, la séreuse est le foyer principal et elle manifeste son état morbide par les phénomènes de l'hydrocèle aiguë, ce qui constitue une réaction de défense analogue à celle de la pleurésie symptomatique des affections pulmonaires.

La symptomatologie est réglée d'une part par la quantité du liquide épanché, d'autre part, par la rapidité avec laquelle ce liquide s'est épanché.

La distension subite et non progressive de la tunique occasionne des douleurs très vives, comme si le testicule se trouvait comprimé par l'épanchement.

En réalité la participation du testicule seule suffit à expliquer l'acuité de la douleur. C'est la séreuse qui est atteinte, et c'est le testicule qui se plaint comme dans la méningite, c'est la séreuse qui est lésée et c'est le cerveau qui traduit cette souffrance.

Quelquefois même le testicule est le plus intéressé, la vaginalité n'étant qu'une extension de l'inflammation testiculaire. La réaction est plus ou moins intense du côté de la séreuse, autrement dit, l'épanchement est plus ou moins considérable.

Lorsque la quantité du liquide épanché est considérable les symptômes douloureux seraient prédominants, accompagnés de tiraillement set de douleurs lombaires. Lorsque, au contraire, le testicule est particulièrement atteint, on remarquerait un état

d'anxiété spécial en rapport avec la compression du parenchyme testiculaire par l'albuginée inextensible.

Quant aux signes physiques, ils sont surbordonnés à la présence de la quantité de liquide plus ou moins considérable épanchée dans la vaginale.

L'épanchement est-il léger s'étendant comme une mince lame autour du testicule on pourra constater au palper les variations de volume et de forme et du testicule et de l'épididyme.

Dans le cas contraire les modifications de l'organe sont voilées par la masse de l'épanchement. D'autre part, les symptômes locaux très douloureux, empêchent une exploration complète. Cependant on peut constater la transparence ainsi que la fluctuation. L'examen de la sérosité a été fait par Bouisson. Cette sérosité fut obtenue au moyen de mouchetures exploratrices et palliatives. Le liquide est limpide comme le faisait prévoir la transparence constatée plus haut. Il est en outre peu plastique ce qui nous explique la rapidité avec laquelle se fait la résorption.

Nous en avons fini avec l'œuvre de Bouisson, nous l'avons suivi pas à pas dans la constitution du type clinique, du rhumatisme, du testicule et la description qu'il en a fait reste définitive. Les travaux des auteurs que nous rapporterons ne feront que confirmer sans rien ajouter à l'œuvre du maître de Montpellier.

Quelques années après, un autre professeur de Montpellier, Boyer L.., rappela les travaux de Bouisson sur les orchites rhumatismales.

Dans cette leçon Boyer (1) cite le rapport de M. Jauquet (1863) sur la fréquence de l'orchite rhumatismale à l'île de la Réunion sans autres renseignements.

Là s'arrêtent les travaux de l'Ecole de Montpellier sur les orchites rhumatismales. C'est à Paris que dans la suite seront publiées les nouvelles observations.

C'est d'abord en 1865, la thèse de M. Fernet (2) sur les diverses manifestations du rhumatisme aigu. Dans cette thèse M. Fernet exhume un travail de Stoll (3) datant de 1779 travail ignoré de Bouisson.

OBSERVATION V

Il s'agit d'un homme atteint de sciatique rhumatismale du côté droit. Peu de jours après le testicule du même côté devient enflé tout à coup de la grosseur des deux poings en sorte que le malade, se plaignait d'une douleur avec tension et la tumeur parut à ceux qui l'examinèrent provenir d'une eau épanchée entre les tuniques du testicule.

1. Boyer L. *Leçons sur l'orchite en général et spécialement sur les orchites catarrhales. Rhumatismales, varioliques et blennorrhagiques*, 1866, Montpellier médical, XVI.

2. Fernet. Thèse de Paris 1865. *Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations.*

3. Stoll. *Ratio medendi* VIII, *Ephem*, année sept. 1779.

OBSERVATION VI

(*Loc. cit*, p. 234).

M. Fernet rapporte ensuite l'observation d'un jeune homme d'une trentaine d'années, qui fut pris un jour subitement d'une douleur violente dans un des testicules. Bientôt celui-ci se tuméfie, devient extrêmement sensible à la pression, il n'y avait aucun écoulement de l'urèthre. Après quatre ou cinq jours ces symptômes disparurent ; mais en même temps, il se développe un rhumatisme articulaire et musculaire qui fut d'ailleurs peu intense et ne s'accompagna pas de fièvre, le jeune homme présentait des antécédents de rhumatismes, chez lui. même et dans sa famille.

Cette observation présente à étudier deux faits d'un intérêt considérable. Tout d'abord contre toute attente nous voyons la fluxion testiculaire précéder de quelques jours la fluxion articulaire à l'exemple de certaines orchites ourliennes, qui précèdent l'infection parotidienne et même constituent à elles seules toute la maladie. Ce fait digne de remarque est unique dans l'histoire des orchites rhumatismales.

Un second point mérite d'être relevé, le rhumatisme articulaire qui suivit l'orchite fut peu intense et ne s'accompagna pas de fièvre. C'est ainsi que dans la pneumonie secondaire à une péritonite à

pneumocoques, nous observons quelquefois une atténuation des symptômes comme si la virulence microbienne s'était atténuée ou épuisée.

Vers la même époque, en 1866, paraît un autre travail sur le rhumatisme viscéral de Benjamin Ball.

Dans ce chapitre consacré par Ball (1) aux manifestations rhumatismales, sur les organes génitaux, nous retrouvons le nom de Stoll mentionné par M. Fernet.

Il constate le peu de fréquence de ces manifestations et rapporte l'observation du docteur Notta (2) de Lisieux, observation citée par Bouisson dans ces cliniques.

OBSERVATION VII

Un homme âgé de trente ans, trois jours après le début d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu voit survenir une douleur dans le testicule gauche, bientôt suivie d'un gonflement tel que l'organe paraissait avoir acquis le volume d'un œuf de poule. On s'assura par un examen attentif que ce gonflement provenait en grande partie sinon en totalité de l'existence d'un épanchement rapidement formé dans la tunique vaginale. Le testicule lui-même paraissait en effet avoir conservé les dimensions ordinaires.

1. Ball Benjamin. « *Du rhumatisme viscéral* », Paris. Thèse de concours 1866.

2. Notta (Lisieux) *Gazette des hôpitaux*, août 1851. *Bulletin de thérapeutique*, XLI, 1851.

Le rhumatisme articulaire qui eut d'ailleurs une évolution normale, céda à un traitement approprié vingt jours environ après le début des premiers symptômes, la tuméfaction scrotale disparut, vers la même époque sans qu'on eût dirigé contre elle aucun moyen particulier.

Et Ball d'ajouter que cette observation n'est pas un fait isolé. Il cite à l'appui de sa thèse les cas de Hodgkin, Diesterberg, Eisenmann, Fernet, comme rentrant dans la même catégorie.

La dernière observation sur l'orchite rhumatismale, ne fut publiée qu'en 1880, c'est-à-dire quatorze ans après le mémoire de Ball. Cette observation est rapportée dans la thèse de M. Dhomont sur le rhumatisme aigu polymorphe (1).

OBSERVATION VIII (Résumée).

Rhumatisme poly-articulaire aigu (première attaque). Endo-péricardite, vaginalite. Pleurésie et diarrhée rhumatismales. Guérison.

Observation communiquée par M. Duguet, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. M. Faisans, interne des hôpitaux, d'après les notes de M. Buret externe du service.

R... Alphonse, âgé de 18 ans, ouvrier en papiers peints

1. Dhomont. *Du rhumatisme aigu polymorphe.* Thèse de Paris, 1880.

entre le 7 avril 1879 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Augustin, n° 10. Service de M. Duguet pour une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu.

Ce jeune homme blond d'une constitution moyenne, n'a jamais été sérieusement malade. On ne relève aucun antécédent rhumatismal, ni chez lui ni chez ses parents. Il n'a point eu de blennorrhagie et n'en présente pas en ce moment. A son entrée on constate chez le malade toutes les allures d'un rhumatisme articulaire aigu. La peau est chaude et moite, il exhale une odeur aigrelette caractéristique. Un grand nombre de jointures sont tuméfiées, rosées, douloureuses, particulièrement celles des membres inférieurs. La douleur d'ailleurs est générale à tel point que R.., ne peut faire aucun mouvement sans éprouver de vives souffrances. La langue est blanche, humide, la soif intense. Il existe de l'anorexie et de la constipation. La chaleur est assez élevée (Température axillaire à 39° le matin, 39°5 le soir).

Le 8, lendemain de son entrée, le poignet gauche se prend aussi.

On donne quatre grammes de salicylate de soude en potion.

Le 10. — Etat général plus grave avec fièvre intense, 40°3 ; soif ardente, inquiétude, anhélation.

L'examen du cœur permet de constater l'existence d'une péricardite sèche avec accompagnement d'endocardite mitrale (frottement rude en avant et vers la base de la région précordiale et souffle très fort au premier temps à la pointe).

Le salicylate est porté à 6 grammes en raison de l'état stationnaire des jointures.

Le 13. — Même situation avec tendance à la diminution des divers accidents.

Le 14. — Le salicylate de soude, porté à 8 grammes est bien supporté. Mais les bourses ont augmenté de volume à gauche surtout. Là en effet, on constate avec de la rougeur plus vive de la peau, et une douleur très modérée un épanchement très notable dans la tunique vaginale. L'épididyme et le testicule, du même côté n'ont subi aucune modification A droite tunique vaginale et testicule sont sains. Il s'est ainsi formé dans la tunique vaginale une vaginalite avec épanchement (hydrocèle aiguë rhumatismale).

Le 17. — L'examen du thorax permet de constater la présence d'un épanchement assez considérable dans la plèvre droite, cette localisation se produit rapidement et d'une façon insidieuse.

Le 19. — Amélioration notable des articulations. A partir de ce jour, à la constipation succède la diarrhée, malgré la diminution et bientôt la cessation du salicylate de soude.

Du 21 au 25, l'état général s'améliore visiblement, l'abattement du malade est moins prononcé. La température baisse à 38°, les sueurs sont toujours abondantes, la diarrhée persiste mais un peu moins fréquente.

Le 28. — Cessation de la diarrhée.

Le 29. — Diminution très grande de l'hydrocèle vaginale et de la rougeur des téguments. Diminution très appréciable également de l'épanchement thoracique.

Le 30. — La bourse du côté gauche est presque revenue à son état normal.

Les signes pleuro-pulmonaires s'améliorent.

Le 3 mai. — La température est revenue à 37°. Plus de sueurs, plus de liquide perceptible dans la tunique vaginale,

plus de matité thoracique. Le souffle mitral seul persiste toujours très manifeste.

Le 7. — Nombreux sudamina répandus sur tout le corps paraissant en rapport avec la réapparition des sueurs. Cependant le thermomètre ne dépasse pas 37°5 et les jointures sont complétement délivrées.

Le 21. — Le malade mange bien et commence de se lever, il est soumis au traitement tonique.

Le 7 juin, le malade part pour Vincennes ne conservant plus qu'un peu de pâleur, avec un souffle mitral d'une intensité modérée

L'observation de la thèse de Dhomont, que nous venons de rapporter serait pour Mollières et Augagneur (1), l'observation la plus typique, d'orchite rhumatismale. Ils invoquent en faveur de cette assertion ce fait que le rhumatisme vrai ne touche guère que les séreuses n'attaquant en l'espèce que la vaginale et respectant le testicule et l'épididyme.

Quoiqu'il en soit sur huit observations que nous relatons, la statistique nous donne d'un côté quatre orchites et de l'autre côté quatre vaginalites avec épanchement.

Ces dernières ne se distinguent les unes des autres que par la quantité plus ou moins considérable de l'épanchement.

Dans la plupart des cas on a pu constater l'intégrité apparente du testicule et de l'épididyme.

1. *Dictionnaire Dechambre*. Article Testicule par Mollières et Augagneur

Quant au groupe des orchites, il se recommande par l'intérêt de chacune des observations qui le constituent.

Dans la première observation de Bouisson, nous voyons le corps et l'épididyme également pris.

La seconde observation du même auteur, dans laquelle le corps du testicule est surtout atteint, nous intéresse à deux points de vue. D'abord parce que nous sommes en présence d'une orchite à bascule ayant envahi successivement d'abord le testicule droit, enfin le testicule gauche.

Ensuite nous constatons que cette complication ne survient qu'au moment où le malade est en convalescence et non au cours de la maladie elle-même. Ce dernier point mérite d'être rapproché du cas rapporté à la fin de cette thèse.

Les deux dernières observations d'orchites présentent un intérêt spécial.

Celle de M. Fernet se distingue des autres en ce que l'orchite précède de plusieurs jours le rhumatisme articulaire, fait unique dans l'histoire des orchites rhumatismales.

La troisième observation de Bouisson, nous intéresse à un point de vue personnel.

En effet, nous voyons la lésion localisée surtout au niveau de l'épididyme, ainsi que dans l'observation que nous publions ci-après, observation que nous devons à l'obligeance de M. Auclair médecin des hôpitaux.

OBSERVATION IX

Par M. le Dr Jules Auclair.

Epidymo-orchite d'origine rhumatismale.

M. Jean D..., âge de 28 ans, est atteint dans les premiers jours de mai 1903, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu franc, avec localisation aux genoux et aux articulations des membres supérieurs, surtout aux épaules.

Cette atteinte rhumatismale est la première ressentie par le malade.

M. Jean D... est soumis au traitement salicylé (8 grammes de salicylate de soude *pro die* pendant plusieurs jours), et l'amélioration est assez rapide pour que une semaine après le début de l'affection, le malade puisse reprendre ses occupations habituelles.

Quelques jours plus tard, M. Jean D... est pris d'une douleur siégeant au niveau du testicule gauche et me fait appeler. Je voyais ce malade pour la première fois — mon absence au moment de la crise de rhumatisme ne m'ayant pas permis de l'assister dans le cours de cette affection, — et je constatai les faits suivants : M. Jean D... est un homme vigoureux, bien portant habituellement, ne présentant dans ses antécédents aucune maladie, sauf la crise de rhumatisme articulaire aigu dont je viens de parler. En outre il n'a jamais eu de blennorrhagie.

D'après l'indication du malade mon attention se porte immédiatement sur le testicule gauche, ou plus exactement sur l'épididyme correspondant; la tête de cet épididyme est tuméfiée, douloureuse. La douleur est à la fois spontanée et provoquée Il y a un léger mouvement fébrile, ainsi qu'un léger embarras. gastrique ; mais en dehors de ces quelques modifications, l'état général est satisfaisant. Du côté des articulations on ne trouve plus trace de l'attaque rhumatismale ; le cœur est sain.

Cette épididymite commençante concentre tout particulièrement mon attention du côté de l'urèthre ; mais malgré un examen attentif il m'est impossible de trouver la trace même la plus légère d'une blennorrhagie actuelle ou ancienne. Le malade est d'ailleurs particulièrement affirmatif à cet égard, et bien que il s'y voit exposé bien souvent, il n'a jamais eu de blennorrhagie.

Je passe successivement en revue toutes les causes possibles de l'épididymite et n'en trouve aucune qui puisse être incriminée.

Je connaissais à cette première visite l'atteinte de rhumatisme dont avait souffert quelques jours auparavant mon malade ; mais je dois ajouter que, vu la rareté du fait, l'idée ne me vint pas de rattacher l'affection actuelle à la maladie passée.

Je me contentai d'une thérapeutique symptomatique, classique (repos absolu au lit, relèvement et compression onatée du testicule malade, onction avec une pommade belladonée et gaïacolée), puis j'attendis.

Le lendemain je retrouvai M. Jean D... bien plus souffrant, l'inflammation s'était considérablement étendue ; primitivement localisée à l'épididyme elle avait gagné le testicule. Celui-ci était très augmenté de volume, tendu, la peau en était rouge,

la douleur provoquée et même spontanée était si violente que le malade, qui n'avait point dormi de toute la nuit, me supplie de lui faire une piqûre de morphine. J'accédai à sa demande et lui injectai séance tenante un centigramme de sel. En dehors de cela, le traitement ordonné la veille, sans grand succès d'ailleurs, fut continué.

Quand je revins le lendemain matin — quarante-huit heures par conséquent après le début de l'affection — le malade était transformé; la douleur avait à peu près totalement disparu; cet homme immobilisé la veille par la souffrance, à qui le moindre mouvement du lit, le plus léger attouchement du testicule, était horriblement douloureux, n'accusait plus qu'une vague sensibilité à la palpation de l'organe malade. La tuméfaction du testicule et de l'épididyme avait diminué des trois quarts.

J'étais de plus en plus surpris car les orchites assez nombreuses et de causes diverses que j'avais observées jusque-là ne m'avaient pas habitué à une marche semblable. En ce qui concernait la douleur, l'injection de morphine de la veille pouvait bien expliquer son atténuation pendant quelques heures, mais non pendant vingt-quatre heures et à ce degré. D'ailleurs comme je viens de l'indiquer, ce n'était pas seulement la douleur qui avait cédé, mais aussi les signes d'inflammation de la glande.

Que s'était-il donc passé? Le fait suivant: La veille, après mon départ, le malade avait été soulagé pendant quelques heures par la piqûre de morphine, puis les douleurs avaient repris de plus belle. Alors, et d'une façon presque intuitive, le malade qui avait à sa disposition des cachets de salicylate de soude, en avait pris successivement jusqu'à huit dans les vingt-quatre heures (chaque cachet contenant un gramme).

Ce renseignement m'ouvrit les yeux, malgré la rareté du fait. Je me trouvais bien en présence d'une épididymo-orchite d'origine rhumatismale, et le traitement salicylé fut continué, et quarante-huit heures plus tard, toute trace non seulement de douleurs mais d'inflammation de la glande avait totalement disparu.

J'ai eu depuis l'occasion de revoir M. D... à différentes reprises : le testicule et l'épididyme sont restés tout à fait normaux. Pas le moindre indice d'atrophie.

CONCLUSIONS

A propos de cette observation quelques faits méritent d'être mis en lumière ;

1° La rareté de l'épididymo-orchite dans le rhumatisme articulaire aigu ; à peine quelques observations sont rapportées par les auteurs.

Dans le cas qui nous occupe la localisation sur le testicule de l'infection rhumatismale a pu être influencée par les excès génitaux auxquels s'est livré le malade dans les jours qui ont précédé l'inflammation de la glande ;

2° L'intervalle qui sépare l'attaque de rhumatisme articulaire proprement dite de la manifestation testiculaire ;

3° Le succès thérapeutique du salicylate de soude, et cela dans un temps fort court ;

4° La localisation primitive de l'inflammation sur l'épididyme et non sur le testicule et sa séreuse contrairement à ce qui a été généralement noté ;

5° Le retour *ad integrum* en l'espace de quelques jours de l'organe atteint par la fluxion rhumatismale.

Vu : le Président de la thèse,
LANDOUZY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Stoll. — Ratio medendi, sept. 1779.

Bouisson. — Leçons sur « les orchites rhumatismales. » Montpellier médical, 1860, IV.

Boyer. — Leçons sur l'orchite en général. Montpellier médical, 1866, XVI.

Fernet. — Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations. Thèse de Paris, 1865.

Ball-Benjamin. — Du rhumatisme viscéral. Thèse de concours. Paris, 1866.

Notta (Lisieux). — Gazette des hôpitaux, août 1851. Bulletin de thérapeutique, 1851, XLI.

Vachée. — Du rhumatisme uro-génital. Thèse de Paris, 1868.

Guilland. — Contribution à l'étude des manifestations du rhumatisme sur l'urèthre et la vessie. Thèse de Paris, 1876.

Dhomont. — Du rhumatisme aigu polymorphe. Thèse de Paris, 1880.

Dechambre. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article Testicule.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.